VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**

(NR 6)

z dnia 21 grudnia 2011 r.

Komisja Zdrowia (nr 6)

21 grudnia 2011 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– Sprawozdanie z realizacji programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w 2010 roku (druk nr 54).

W posiedzeniu udział wzięli: **Przemysław Biliński** główny inspektor sanitarny wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Parchimowicz** główny specjalista w Ministerstwie Zdrowia, **Bogdan Wojnar** pełnomocnik Ministerstwa Obrony Narodowej do spraw uzależnień, **Cezary Komorowski** naczelnik w Ministerstwie Finansów, **Grzegorz Błażewicz** przedstawiciel Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Lech Rejnus** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Paulina Miśkiewicz** Dyrektor Biura WHO w Polsce, **Krzysztof Przewoźniak** przedstawiciel Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Konstanty Radziwiłł** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, **Piotr Dąbrowiecki** prezes Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergie i POChP, **Dorota Górecka** prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc wraz ze współpracownikami oraz **Marcin Michna** przedstawiciel Pracodawców RP.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Tauroginska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

W posiedzeniu udział wzięła lobbystka **Anna Kadzikiewicz** – VIEWPOINT GROUP.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Otwieram kolejne – już drugie w dniu dzisiejszym – posiedzenie Komisji. Witam panie i panów posłów. Witam przedstawicieli rządu z panem ministrem Bilińskim. Witam również naszych szanownych gości, którzy sprawozdanie będące przedmiotem naszego posiedzenia uzupełnią bardzo ciekawymi wnioskami i prezentacjami dotyczącymi trochę szerzej potraktowanego tematu, łącznie ze sprawami związanymi z prezydencją europejską.

Zaproponuję taki oto porządek obrad. Sprawozdanie, które wynika z realizacji ustawy, tak zwanej antytytoniowej, a więc z realizacji programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w 2010 roku przedstawi pan minister Biliński. Później prezes Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP, czyli przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, pan dr Piotr Dąbrowiecki przedstawi prezentację. O jeszcze jedną, szerszą prezentację – próbę podsumowania, proszę pana prof. Bolesława Samolińskiego, który omówi sprawy związane z szeroko rozumianymi schorzeniami odtytoniowymi i z problemem tytoniu w Europie z punktu widzenia naszych zadań i priorytetów w dobiegającej końca polskiej prezydencji w Unii Europejskiej. Dziękuję bardzo.

Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, zrozumiem, że możemy przystąpić do dzisiejszych obrad. Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, proszę uprzejmie o przestawienie sprawozdania z realizacji „programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w 2010 roku”. Dziękuję.

Główny inspektor sanitarny Przemysław Biliński:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, serdecznie dziękuję za zaproszenie do przedstawienia tego sprawozdania, które wynika z podstawy prawnej, z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r.

Wysoka Komisjo, panie przewodniczący, realizacja programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w 2010 roku jest naturalną konsekwencją wszystkich do tej pory składanych sprawozdań i rozwoju procesu zwalczania uzależnienia od nikotyny. W dniu 9 listopada 1995 r. Wysoki Sejm przyjął ustawę o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W dniu 8 kwietnia 2010 r. Sejm znowelizował ustawę antytytoniową zaostrzając jej przepisy. Znowelizowana ustawa weszła w życie 15 listopada 2010 r. Obecnie realizowany jest program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce – określa on cele i zadania na lata 2010-2013 – przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 16 lutego 2010 r. Oznacza to, że program ten będzie działać w obecnym kształcie do 2013 r.

Główny inspektor sanitarny jest koordynatorem programu i zastępcą przewodniczącego Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego, w skład którego wchodzą przedstawiciele Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Ministerstwa Środowiska, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, a także Instytut – Centrum Onkologii. Ważną rolę w składzie tego zespołu pełni również przedstawiciel Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Cel programu to zmniejszenie zachorowań, inwalidztwa i zgonów wynikających z palenia tytoniu – choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, nienowotworowe choroby układu oddechowego, zgony niemowląt. To wszystko mamy osiągnąć poprzez zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy.

W 1995 r. Sejm uchwalił pierwszą ustawę chroniącą obywateli przed skutkami palenia tytoniu. W tym czasie była to jedna z pierwszych takich regulacji w Europie. Polska stała się wówczas przykładem dla innych krajów europejskich, stała się liderem w zakresie kontrolowania spożycia tytoniu. W związku z tym, ta intensywna praca Wysokiej Izby i ekspertów doprowadziła do tego, iż Polska, po wprowadzeniu regulacji prawnej w tym zakresie była i wydaje się, że nadal jest liderem w Europie.

W ramach polityki ograniczania spożycia tytoniu, 15 września 2006 r. Polska ratyfikowała Konwencję Ramową WHO o Ograniczeniu Używania Tytoniu. W wyniku tych prac Polska została dostrzeżona na forum międzynarodowym i uzyskała możliwość wykonania globalnego badania gospodarstwa domowych, w którym polskie biuro WHO grało wiodącą rolę. Efekty tego badania, wykonanego na skalę populacyjną, będzie mogła w krótkich słowach przedstawić pani Miśkiewicz, dyrektor biura WHO w Polsce.

Program na lata 2010-2013 stanowi kontynuację działań antytytoniowych w Polsce. Szczegółowo omówiono w nim zadania, sposoby ich realizacji i instytucje odpowiedzialne za ich wykonanie, a także zasady monitoringu. Państwo posłowie mają do dyspozycji ten program, który szczegółowo opisuje wszystkie elementy składające się na działalność koordynowanych w zespole instytucji, organizacji pozarządowych i organizacji samorządowych. Efektem pracy jest właśnie to sprawozdanie, które Wysokiej Komisji przedstawiam.

W związku z ograniczonym budżetem, zostały zrealizowane następujące programy kampanii społecznych. Program „Czyste powietrze wokół nas” skierowany do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców i opiekunów. Odbyła się II edycja. W latach 2009-2010 programem edukacyjnym objęto 2800 przedszkoli, co stanowi 35% tych placówek w całym kraju. Ponadto w realizacji tego programu wzięło udział 1250 oddziałów przedszkolnych, co stanowi 14% tych placówek. III edycja tego programu – w roku szkolnym 2010-2011 realizowana była w 3619 przedszkolach. W sumie liczba dzieci w wieku przedszkolnym, które wzięły udział w tym projekcie, wyniosła 152.256, a materiały, które tego dotyczyły, dotarły do 133.370 rodziców.

Drugi program skierowany był do uczniów klas I-III szkół podstawowych „Nie pal przy mnie, proszę”. Pilotaż objął swoim zasięgiem 5% szkół podstawowych w Polsce, co stanowi 668 placówek. Brało w nim udział ponad 57 tys. dzieci z klas od I do III. Ten program „Nie pal przy mnie, proszę” dotyczył prawie 20 tys. rodziców.

Kolejny duży projekt zrealizowany w roku 2010 – program „Znajdź właściwe rozwiązanie” skierowane do uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów. Był nakierowany na to, aby wyedukować tę część naszego młodego społeczeństwa wskazu-

jąc, iż nie jest najlepszym rozwiązaniem w różnych sytuacjach ryzykownych sięgać po nikotynę. Projekt ten był skierowany w obszarze pilotażu do 387 szkół podstawowych oraz 480 szkół gimnazjalnych. Wzięło w nim udział 185 tys. gimnazjalistów, co stanowi 14% wszystkich gimnazjalistów w naszym kraju.

Kampania Światowego Dnia Bez Tytoniu. Tematyka ogólnopolskiej kampanii społecznej organizowanej w ramach obchodów Światowego Dnia Bez Tytoniu wynikała z ogłoszonego przez WHO hasła „PŁEĆ A TYTOŃ. Ze szczególnym uwzględnieniem działań marketingowych skierowanych do kobiet" w związku z problemem, iż kampaniom marketingowym towarzyszy często reklama tytoniu. Kampania pod hasłem „PŁEĆ A TYTOŃ", ogłoszona przez WHO, znalazła swoje szczególne miejsce w naszym kraju.

Problem ten, dostrzeżony przez Państwową Inspekcję Sanitarną, zaowocował trzema edycjami programu zmniejszania ryzykownych zachowań kobiet w ciąży. W tej chwili, na podstawie badania 9 tys. kobiet w ciąży, które zostało przeprowadzone we wszystkich izbach porodowych i oddziałach położniczych, mamy bardzo dokładne dane o wielkości populacji kobiet w wieku prokreacyjnym, które zachodzą w ciążę – liczba kobiet, które w ciąży nie są w stanie przerwać palenia, liczba kobiet, które po rozwiązaniu powracają do nałogu. To są zatrważające dane, które przedstawię Wysokiej Komisji na dalszym etapie.

Kampania Światowego Dnia Rzucania Palenia. W ofercie medycznej znalazły się porady, jak rzucić palenie, porady dietetyka, pomiar tlenku węgla w wydychanym powietrzu, pomiar pojemności płuc, przy okazji pomiary poziomu glukozy we krwi, cholesterolu, a także pomiary ciśnienia tętniczego. Te kampanie odbywały się na terenie całej Polski. Chcę powiedzieć, że we wszystkich powiatach miejscowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, a w każdej z nich są dwie osoby, które zajmują się promocją zdrowia, czyli w skali kraju jest to prawie 700 osób, w tego typu kampaniach z zakresu promocji zdrowia pracują na co dzień.

Projekt był finansowany z budżetu państwa. Ogółem w roku sprawozdawczym 2010 na realizację programu wydatkowano w Polsce 1.044.967,68 zł, to jest o 4,2% mniej niż w roku 2009.

W roku sprawozdawczym 2010 na finansowanie projektu w Głównym Inspektoracie Sanitarnym zostały przeznaczone środki w kwocie 400.000 zł oraz środki wydzielone w 16 wojewódzkich stacjach sanitarnych. Ponadto w trakcie realizacji pozyskano w 2010 r. dodatkowe środki finansowe, głównie z urzędów marszałkowskich, urzędów miast i gmin, od prywatnych sponsorów i z innych źródeł. W ramach działalności resortów, na przykład Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, w roku 2010 na realizację zadań programów, z własnych środków ministra wydatkowano kwotę 124.000 zł.

Wpływy budżetowe z tytułu podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych w milionach złotych mogę przestawić od 2005 r. W 2005 r. wpływy budżetu z tytułu podatku akcyzowego od tytoniu wyniosły 9.819.000.000 zł, w 2006 r. jest to już 11.248.000.000 zł, następnie 13.000.000.000 zł, a w roku 2010 – 17.436.000.000 zł.

Zgodnie z art. 4 ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, program finansowany jest z budżetu państwa w wysokości 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych. W 2010 r. 0,5% akcyzy wynosiło 87.181.000 zł.

Na rok 2012 przewidziana jest reorganizacja programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w celu zwiększania jego finansowania. W ramach nadzoru nad przestrzeganiem przepisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, w ramach projektu pilotażowego „Odświeżamy nasze miasta. Tobacco Free Cities", w trzech miastach – Łódź, Rzeszów i Szczecin – w miesiącach lipcu i sierpniu, zostały podjęte przez Państwową Inspekcję Sanitarną działania kontrolne, wspólnie ze strażą miejską oraz policją. Liczba skontrolowanych obiektów i grzywien nałożonych przez inspekcję sanitarną przedstawiała się następująco. Liczba skontrolowanych obiektów przez Państwową Inspekcję Sanitarną to 8288, a liczba grzywien – 127. Straż miejska w tym samym

czasie skontrolowała 1298 obiektów, liczba upomnień wyniosła 1877, a liczba spraw skierowanych do sądu – 3.

Szanowni państwo, program ten od początku realizacji ewoluuje. W tworzeniu tego projektu, jego założeń, uczestniczy ogromna rzesza ludzi – przede wszystkim eksperci, bez których projekt ten niemiałby dzisiejszej formy, nie uzyskiwałby takich efektów, jak uzyskuje. Nie odniósłby sukcesu, gdyby nie wytężona praca współpracujących jednostek, towarzystw naukowych, osób i ekspertów – pana prof. Jacka Jassema, przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, pana prof. Witolda Zatońskiego, kierownika Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Instytucie Onkologii, pana Krzysztofa Przewoźniaka z tego samego zakładu, pana Tadeusza Parchimowicza, siedzącego obok mnie, wieloletniego pracownika Ministerstwa Zdrowia, który codziennie pracuje przy tym projekcie od wielu lat, pani dyrektor Pauliny Miśkiewicz z biura Światowej Organizacji Zdrowia, pana Konstantego Radziwiłła, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w latach 2001-2010, który swoim wkładem również przyczynił się do obecnego kształtu projektu. Niemiałby także tego wymiaru bez udziału pań i panów posłów – pani poseł Beaty Małeckiej-Libery, która bardzo intensywnie współpracowała w ramach tworzonej nowelizacji ustawy, i sugestii pana prof. Aleksandra Soplińskiego, posła VI kadencji.

Serdecznie dziękuję za możliwość wymienienia tych osób, ponieważ taki materiał, jak Sprawozdanie z realizacji programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w roku 2010, jest często suchym dokumentem zawierającym tabelki, wykresy, wskazującym, jak trudne jest to zadanie, ponieważ u podstaw tego projektu i programu leżą twarde dane epidemiologiczne mówiące o skali i wielkości palenia tytoniu w naszym kraju, które świadczą o tym, że ten projekt powinien być kontynuowany w kolejnych latach, powinien przejść reorganizację i uzyskać zdecydowanie większe finansowanie. Wskazują na to wszyscy eksperci i wszyscy współtwórcy tego projektu.

W 2010 r. zostały opublikowane wyniki badania gospodarstw domowych – globalne badanie dotyczące używania tytoniu przez osoby dorosłe. Proszę państwa, 30,3% dorosłych Polaków pali, z tego dorosłych mężczyzn 33,5%, dorosłych kobiet 27%. Są to ogromne, przerażające liczby, które skutkują utratą zdrowia i wpływają na długość życia w zdrowiu. W Polsce aż w 67% gospodarstw domowych dzieci biernie palą tytoń, są narażone na dym tytoniowy. Chcę powiedzieć, że w krajach skandynawskich tylko 8% dzieci ma ten dyskomfort, w Szwecji – 15%, a w Polsce aż w 67% gospodarstw domowych dzieci biernie palą tytoń. W Polsce każdego roku rodzi się ponad 100 tys. dzieci, które podczas pierwszych 9 miesięcy swego życia w łonie matki narażonych było na nikotynę i wszystkie związki, które towarzyszą paleniu i są zawarte w dymie nikotynowym. Podkreślam, w Polsce co roku rodzi się ok. 100 tys. dzieci, które w czasie pierwszych 9 miesięcy w łonie matki są narażone na wszystkie aspekty związane z wchłanianiem przez matkę dymu tytoniowego.

Działania na poziomie krajowym były – jak państwu przedstawiałem – koordynowane przez Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektorat Sanitarny, Instytut – Centrum Onkologii i biuro WHO w Polsce, a także stowarzyszenia i towarzystwa naukowe, takie jak na przykład Stowarzyszenie MANKO.

Szanowni państwo, jeśliby pan przewodniczący pozwoli, prosiłbym o udzielenie głosu pani Miśkiewicz, dyrektorowi biura WHO Polska, aby przedstawiła efekty globalnego badania, w którym Polska uczestniczyła. Serdecznie dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani dyrektor, o krótkie przedstawienie wyników przeprowadzonych badań, jeśli chodzi o palenie tytoniu, również w Polsce.

Paulina Miśkiewicz dyrektor biura WHO w Polsce:

Wysoka Komisjo, panie przewodniczący, globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe – Global Adult Tobacco Survey, w skrócie GATS, jest ogólnoświatowym programem badawczym pozwalającym na systematyczne monitorowanie użycia tytoniu – zarówno palenia, jak i użycia tytoniu bezdymnego – wśród osób dorosłych, oraz śledzenie kluczowych wskaźników ograniczenia użycia tytoniu. Jest to badanie reprezentatywne w skali kraju – zostało przeprowadzone na

próbie 14 tys. gospodarstw domowych, przy zastosowaniu tej samej metodologii we wszystkich uczestniczących krajach.

Dane, które oceniało to badanie, dotyczyły podstawowych informacji o respondencie, użyciu tytoniu, rzucaniu palenia, biernego palenia, ekonomicznych aspektów palenia tytoniu, mediów, wiedzy, postaw i postrzeganiu używania tytoniu oraz polityki ograniczającej to użycie. W Polsce zostało ono przeprowadzone – tak jak pan minister powiedział – przez Instytut – Centrum Onkologii w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz PENTOR, pod nadzorem i koordynacją Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Światowej Organizacji Zdrowia.

Badanie dostarczyło wielu informacji na temat używania tytoniu oraz postaw polskiego społeczeństwa wobec polityki ograniczenia tego zjawiska. Oprócz danych, które wcześniej pan minister Biliński przedstawił, bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na nierówności społeczne, jeśli chodzi o palenie tytoniu – z grupy mężczyzn palących, obecnie pali 44,7% mężczyzn z wykształceniem zasadniczym zawodowym, a z grupy kobiet, 37,4% kobiet między 50 a 59 rokiem życia.

Jeśli chodzi o zaprzestania palenia – bo były też takie pytania – aż 35,1% palaczy podjęła próbę rzucenia palenia w ostatnich 12 miesiącach. Na palenie bierne narażonych jest ponad 44% dorosłych w domu, ponad 33% dorosłych w miejscu pracy. Niepalący najczęściej narażeni byli na bierne palenie w tym czasie, kiedy przeprowadzono badanie GATS 2009-2010 w barach, pubach, klubach nocnych, restauracjach, kawiarniach i bistrach. To zmieniło się po wprowadzeniu nowelizacji ustawy. 8,5% obecnych palaczy powyżej 18 roku życia kupuje papierosy z nielegalnego źródła.

Jeśli chodzi o informacje o tytoniu, to ponad 60% dorosłych zetknęło się w radio czy telewizji z informacjami ostrzegającymi przed paleniem papierosów i 18,3% obecnych palaczy rozważało zaprzestanie palenia po zobaczeniu ostrzeżeń, między innymi na paczkach papierosów.

Jeśli chodzi o wiedzę, postawy i postrzeganie, to ponad 90% dorosłych uważa, że palenie wywołuje poważne choroby, a tylko 39% sądzi, że takie choroby wywołuje używanie tytoniu bezdymnego. Prawie 50% dorosłych opowiada się za podniesieniem podatku na wyroby tytoniowe. Ponad 64% popiera całkowity zakaz palenia w miejscu pracy, a prawie 47% w lokalach gastronomicznych – jak mówiłam, to były dane sprzed nowelizacji ustawy, na przednówku jej wprowadzenia. Ponad 46% dorosłych popiera całkowity zakaz produkcji i sprzedaży wyrobów tytoniowych.

Kluczowe elementy, które ujawniło to badanie, powinny zostać uwzględnione przy uaktualnianiu strategii zmierzającej do zmniejszenia następstw palenia tytoniu. Jeżeli chodzi o rekomendacje, które były przedstawione w badaniu GATS, to jest to 9 rekomendacji dotyczących, między innymi: zwiększenia zaangażowania organizacji rządowych, publicznych, społecznych, massmediów oraz obywateli w działania mające na celu wzmocnienie skuteczności polityki i działań ograniczających używanie tytoniu; zwiększenia zaangażowania przedstawicieli opieki zdrowotnej w świadczeniu pomocy osobom zaprzestającym palenia tytoniu; rozszerzenia zasięgu i zwiększenia dostępności do programu oferujących pomoc przy rzucaniu palenia; efektywne wdrażanie nowych przepisów o zakazie palenia w miejscach publicznych i poprawy dotychczasowych, których celem byłoby całkowite wyeliminowanie palenia z miejsc publicznych i miejsc pracy; efektywnego wdrażania egzekucji tego prawa; wdrażania w społecznościach lokalnych programów edukacyjnych i interwencyjnych, których celem będzie ochrona niepalących przed wdychaniem dymu tytoniowego w domu oraz w tych miejscach publicznych i tych miejscach, w których palenie jest jeszcze dozwolone; stworzenia mechanizmów zapewniających skuteczne śledzenie rynku tytoniowego oraz udoskonalenia przepisów zakazujących reklamy i marketingu tytoniu, zwłaszcza w punktach sprzedaży oraz wprowadzenia zmian obowiązujących norm prawnych tak, aby wyeliminowane zostały wszelkie działania promujące tytoń; stałego monitorowania wskaźników używania tytoniu, a także metod jego ograniczania i wykorzystania tych wskaźników do formułowania wniosków promujących politykę zdrowotną; wprowadzenia obrazkowych ostrzeżeń zdrowotnych na paczkach papierosów; zintensyfikowania działań w obrębie polityki podatkowej i cenowej wobec tytoniu tak, aby wyrównać ceny tytoniu do śred-

niego poziomu cen w krajach Unii Europejskiej oraz wprowadzenia wielosektorowej strategii zapobiegającej przemytowi papierosów z i do kraju, a także zapewnienia stabilnego finansowania programów ograniczających używanie tytoniu i programów zdrowia publicznego w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, zanim przystąpimy do dyskusji, poproszę jednak, żeby to sprawozdanie zostało uzupełnione.

Na początek poprosiłbym zespół Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergie i Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc o prezentację dotyczącą następstw i statystycznego stanu na dzisiaj społeczeństwa polskiego, jeśli chodzi o tego typu schorzenia. Sądzę, że w imieniu autorów – jest ich kliku – przedstawi tę informację pan dr Piotr Dąbrowiecki. Przypomnę, że są z nami również: pani prof. Dorota Górecka, pani prof. Ewa Jassem i pani dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska z zespołu, który z ramienia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc zajmuje się właśnie tymi aspektami.

Bardzo proszę o prezentację. To są wewnętrzne sprawy, jak się państwo podzielą, ale mamy ograniczony czas. Proszę bardzo.

Panie doktorze, trzeba usiąść i mówić do mikrofonu. Wszystko jest nagrywane, i w wersji audio i w wersji wideo, więc jest to dla was bardzo ważne.

Prezes Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergie i POChP Piotr Dąbrowiecki:

Proszę państwa, bardo dziękuję za zaproszenie. Bardzo się cieszę, że organizacje pozarządowe, takie jak Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergie i POChP została zauważona, bo wydaje mi się, że rola stowarzyszeń pozarządowych jest coraz większa, jeśli chodzi o kształtowanie opieki zdrowotnej w Polsce – na świecie też, a w Polsce tym bardziej.

Jaki mam mandat do tego, żeby wypowiadać się na temat zdrowia oddechowego? Polska Federacja zrzesza ponad 15 organizacji z całej Polski – dwie z Warszawy, z Krakowa, Gdańska, trzy z Łodzi, z Bydgoszczy, Katowic, Kielc, Szczecina, dwie z Lublina, z Radomia i Opola. Proszę państwa, jest to 3 tys. aktywnych członków, w tym 500 chorych na astmę i 500 chorych na POChP. Reprezentujemy 4 mln chorych na astmę i 2 mln chorych na POChP.

Co robi Federacja? Przede wszystkim pomagamy i opiniujemy dla Agencji Oceny Technologii Medycznych leki dostępne na polskim rynku, w tym leki oddechowe na astmę, alergie i POChP. Regularnie prowadzimy szkolenia dla osób chorych na astmę i chorych na POChP. To są również chorzy lekarze – mój tata ma astmę, ja mam astmę i jedna z moich córek ma astmę – w związku z tym chcemy oddać pacjentom to, co od systemu zyskaliśmy. Animujemy działania regionalne w zakresie potrzeb chorych, współpracujemy z towarzystwami naukowymi, takimi jak Polskie Towarzystwo Alergologiczne czy Polskie Towarzystwo Chorób Płuc – pani profesor na pewno za chwilę będzie pokazywać swoją prezentację.

Proszę państwa, spotykamy się również z ministrem zdrowia czy prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia przy okazji Światowych Dni Chorego, animujemy Polski Dzień Astmy, POCHP, konferencje na ten temat, ale chciałbym zwrócić uwagę na to, co zapewne znajdzie się w wypowiedzi pana prof. Samolińskiego, że nie tylko jesteśmy członkiem Europejskiej Federacji Pacjentów, ale z naszej organizacji wywodzi się sekretarz Światowej Organizacji Chorych na Astmę, Alergie i POChP. Uważamy, że to jest dobry trend – chcemy włączać się w politykę europejską i światową w zakresie opieki nad pacjentami chorymi na astmę i POChP.

To, co wiąże się z tematyka oddechową, to Polski Dzień Spirometrii, który zainicjowaliśmy we współpracy z Polskim Towarzystwem Chorób Płuc. Proszę państwa, udało się nam zbadać ponad 7 tys. chorych – jest to świeże badanie i chcę się z państwem tym podzielić, dlatego że ma to związek z polityką antytoniową – ponad 2/3 po raz pierwszy miało wykonane badanie oddechowe, czyli spirometrię. Z tej grupy 13% miało obturację. Zwróciliśmy jednak uwagę na jeszcze jedną zależność – z tej grupy duszność niezdiagnozowaną ma 34%, kaszel niezdiagnozowany 38%, świsty niezdiagnozowane 24%.

Proszę państwa, wśród tych osób 629 wykazywało, że są obciążone nałogiem palenia tytoniu. W opinii z badania WHO, to jest 30%, a w naszej opinii 37% całej analizowanej grupy to są osoby aktywnie palące tytoń. Z tej grupy prawie 15% to są osoby z obturacją, POChP albo astmą oskrzelową.

Proszę państwa, żeby nie zanudzić, wydaj się nam, jako towarzystwu skupiającemu pacjentów, że tak naprawdę badanie spirometryczne jest skutecznym narzędziem służącym do rozpoznawania POChP. Służy również detekcji osób mających obturację z powodu źle leczonej lub niewykrytej astmy oskrzelowej. 1/3 badanych miała przewlekłe objawy ze strony układu oddechowego, a byli niezdiagnozowani.

Występuję tu nie jako lekarza, a jako pacjent. Chcielibyśmy, żeby ci pacjenci mogli liczyć na to rozpoznanie, żeby system opieki dawał im możliwość uzyskania tego rozpoznania wcześniej, bo wiemy – szczególnie, jeśli chodzi o chorych na astmę, a szczególnie o leczone dzieci z astmą oskrzelową – że nieleczenie tej choroby powoduje inwalidztwo w wieku dorosłym.

Wnioski. Wydaje się nam, że ważne byłoby włączenie badania spirometrycznego do panelu badań lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i włączenie badania spirometrycznego jako przesiewu u osób po 40 roku życia narażonych na dym. Być może mógłby się tym zająć lekarz medycyny pracy – to postulujemy od trzech lat, kiedy spotykamy się z wcześniejszą panią minister zdrowia i prezesem NFZ. Włączenie spirometrii jako badania dodatkowo punktowanego – to udało się już uzyskać. To już jest załatwione i pomaga specjalistom w opiece nad pacjentami.

Proszę państwa, chciałbym pokazać pewne zdjęcie. Myślę, że zmierzamy w dobrą stronę. Pan poseł dał przykład innym z okazji Dnia Spirometrii w Sejmie, że to badanie nie boli, a wykonane daje szansę na wcześniejsze rozpoznanie. Cieszę się, że to badanie zainicjowało towarzystwo pacjentów, bo tak naprawdę tylko współpraca parlamentarzystów, lekarzy specjalistów i stowarzyszeń pacjentów może spowodować, że coś zmieni się w zakresie opieki nad pacjentami, i ze zdrowiem oddechowym w Polsce. Bardzo państwu dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jestem zaszokowany tym zdjęciem. Przyznam się szczerze, że uzyskałem za to pewne informacje. Proszę państwa, ja nie palę, bo udało mi się rzucić palnie, i to jest mój bardzo ważny sukces. Natomiast pocieszenie dla tych, którzy palą – bo są wśród nas ludzie, którzy palą – tylko 50% palaczy choruje na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. To mnie bardzo ucieszyło.

Czy pani prof. Górecka chciałaby coś dodać do tej prezentacji, czy już pan prof. Samoliński…

Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc Dorota Górecka:

Jeśli można, chciałabym państwu powiedzieć trochę o POCHP.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo.

Prezes PTChP Dorota Górecka:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, reprezentuję Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, również organizację pozarządową, skupiającą ponad 1500 pneumonologów. Zajmujemy się generalnie chorobami płuc, a jedną z ważniejszych i najbardziej rozpowszechnionych chorób jest właśnie przewlekła obturacyjna choroba płuc.

Jest to choroba, która należy do tak zwanych niezakaźnych chorób ogólnych, które w tej chwili są wysoko wyniesione na forum międzynarodowym – była konferencja w ONZ, która tego właśnie dotyczyła. Chciałabym wiedzieć, co to za choroba.

Jest to choroba, której można zapobiegać i którą można leczyć, a cechuje się ograniczeniem rezerw wentylacyjnych typu obturacyjnego, które można rozpoznać z pomocą spirometrii. Jest wywołana głównie reakcją zapalaną na szkodliwe pyły i dymy, a głównie dym tytoniowy. Mimo tego, że głównie toczy się w płucach, to ma również następstwa ogólnoustrojowe.

Gdybyśmy obliczyli, ile osób może chorować na tę chorobę, to na podstawie wyrywkowych badań epidemiologicznych polskich, jeżeli przyjmiemy, że bierzemy pod uwagę całe spektrum choroby, może być to około 4 mln chorych. Jeżeli mówimy o chorych objawowych, to jest ich ponad 2 mln.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc należy do chorób, z powodu których wzrasta częstość zgonów. Obecnie na świecie jest to czwarta przyczyna wszystkich zgonów, a prognozuje się, że w 2030 r. przesunie się na miejsce trzecie. Z badań amerykańskich wynika, że z powodu tej choroby nadal zwiększa się umieralność, mimo że spada umieralność z powodu innych chorób będących głównymi przyczynami zgonów.

Jeżeli popatrzymy na wszystkie choroby związane z paleniem tytoniu, to jak państwo widzą, po 1/3 są to choroby układu krążenia, nowotwory i właśnie choroby układu oddechowego. Przewiduje się, że w 2015 r. liczba zgonów z tego powodu wyniesie 29%.

Tę chorobę wywołują głównie narażenia na palenie tytoniu, ale również narażenia zawodowe, palenie bierne, o którym mówił pan minister oraz narażenia na szkodliwe dymy i pyły w środowisku domu. Na to nakładają się dodatkowe czynniki, takie jak infekcje, pozycja społeczna i starzejące się społeczeństwo.

Jeżeli mówimy o POChP, widzą państwo wykres, który ilustruje, jak zachowuje się zdrowie płuc u osoby zdrowej, która z wiekiem ma coraz mniejsze rezerwy, natomiast u chorego na POChP te rezerwy w znacznie szybszym stopniu spadają doprowadzając początkowo do objawów – głównym objawem jest duszność – a następnie do inwalidztwa, a nawet przedwczesnego zgonu. Metodą zapobiegania postępowi tej choroby jest zaprzestanie palenia. Wówczas te rezerwy spadają znacznie mniej niż w przypadku, gdy chory nadal pali.

Jeśli państwo popatrzą na słupki widoczne na planszy, to zauważą, że z wiekiem wzrasta częstość występowania POChP. Słupki oznaczone kolorem czerwonym ilustrują, jak dużo jest przypadków, jeśli przeprowadzimy badanie spirometryczne w porównaniu z chorymi, którzy mają rozpoznanie dokonane tylko przez lekarza. Ta choroba występuje mniej więcej cztery razy częściej, jeżeli zrobimy badanie spirometryczne. Można to porównać z górą lodową – tylko 20% przypadków POChP jest wykrywanych, natomiast 80% to są chorzy, którym możemy pomóc, jeżeli rozpozna się u nich chorobę. Zaprzestanie palenia zapobiega postępowi choroby.

Chciałabym przedstawić polski program wczesnego wykrywania POChP. W 2004 r. był narodowy program. Przebadano 100 tys. pacjentów i u 21% wykryto tę chorobę.

Palenie jest głównym działaniem, które ogranicza chorobę. Sam wynik badania spirometrycznego i uświadomienie sobie, że ktoś ma nieprawidłową spirometrię powoduje zaprzestanie palenia. Jest to bardzo dobra metoda motywowania pacjentów do zaprzestania palenia.

Chciałabym zwrócić uwagę na badanie polskie, w którym stwierdzono, że wśród mężczyzn większość to albo obecni palacze, albo byli palacze – oznaczenie kolorom białym i czerwonym – a tylko niewielki odsetek to są pacjenci, którzy nigdy nie palili. Natomiast wśród kobiet, w których stwierdzono POChP, aż ponad 50% nigdy nie paliło tytoniu. To są te inne narażenia, między innymi bierne palenie.

Przewodnicząca Sekcji Antynikotynowej PTChP Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Chcielibyśmy zwrócić uwagę jeszcze na to, że obecnie prowadzony program wczesnego wykrywania chorób odtytoniowych, w tym POChP, jest skierowany tylko do aktualnych palaczy, a nie – jak poprzednio – do byłych palaczy, w związku z czym nie rozpoznajemy części choroby u byłych palaczy. Ten program został zawężony i zgłaszalność do niego jest dużo niższa niż w poprzednich latach, a wynika to również z tego, że jest bardzo mało środków przeznaczonych na poradnie antynikotynowe, których praktycznie w Polsce nie ma. Istnieje pilna potrzeba utworzenia takich poradni antynikotynowych, a także weryfikacji programu wczesnego wykrywania POChP, który jest finansowany z Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ nie jest on programem zamkniętym – rozpoznaje się obturację oskrzeli, a nie ma potwierdzenia w badaniu spirometrycznym z próbą rozkurczową i pełnego rozpoznania przez pneumonologia, jak i pomocy pala-

czowi w poradni antynikotynowej, a to jest podstawowa zasada działania programu, o czym mówiła pani prof. Górecka.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Dla porządku, ponieważ pani doktor nie raczyła się przedstawić, powiem, że mówiła pani dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska. Czy tak? Dobrze powiedziałem? To wszystko jest do protokołu.

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś krótko? Nie mamy za dużo czasu. Proszę się nie rozgadywać, tym bardziej, drogie panie, że dysponujemy salą do określonego czasu. Nie możemy działać bezkarnie.

Prezes PTChP Dorota Górecka:

Jeśli można, poprosiłabym jeszcze panią prof. Jassem, która chciałaby państwu zaprezentować program zintegrowanej opieki.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo, pani profesor muszę udzielić głosu, bo pan prof. Jassem by mnie nie poznawał na dworcu, gdybym się nie zgodził, tym bardziej, że pan prof. Jassem jest sztandarową postacią, jeśli chodzi o nowelizację ustawy antytytoniowej dwa lata temu. Dziękuję. Proszę bardzo, pani profesor.

Sekretarz PTChP Ewa Jassem:

Stoję przed państwem jako zwykły lekarz, lekarz – adwokat chorych. Chciałbym w uzupełnieniu tego, co powiedziała pani profesor, czyli obrazu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jako problemu społecznego i medycznego, ale także wszystkich chorób płuc, pokazać państwu chorych w końcowej fazie, dla której mamy propozycję w postaci programu interwencyjnego. Proszę państwa, widzą państwo dwoje prawdziwych chorych. Chora, u której rozpoznano zaawansowanego raka płuca i chory, u którego rozpoznano zaostrzenie ciężkiej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Dwie choroby o podobnym zaawansowaniu i o podobnym przebiegu klinicznym.

Pokażę państwu, jakie zalecenia dostali ci chorzy przy wypisie ze szpitala. To było w 2009 r., w jednym ze szpitali specjalistycznych pod Trójmiastem.

Chora, dzięki narodowemu programowi obejmującymi choroby płuc, ma zapewnioną opiekę u onkologa, u radioterapeuty, również wizyty u psychologa – zarówno dla niej, jak i dla męża. Z uwagi na to, że rozpoznano zaawansowaną chorobę nowotworową, ma również domową opiekę hospicyjną i konsultacje lekarza medycyny paliatywnej. Jednym zdaniem, ma opiekę obejmującą wszystkie jej potrzeby, zarówno medyczne, jak i niemedyczne.

Jakie zalecenia przy wypisie otrzymuje chory, u którego rozpoznano zaostrzenie ciężkiej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc? Proszę państwa, to jest chory ze stałą dusznością, z ograniczoną tolerancją wysiłku, z reguły osamotniony, z depresją, z rozlicznymi chorobami współistniejącymi. Taki chory dostaje kartę informacyjną i receptę. Wynika to głównie z tego, że nie ma narodowego systemu dobrej opieki nad tymi chorymi.

Nasze Towarzystwo – Polskie Towarzystwo Chorób Płuc – zaproponowało model, do którego omówienia od razu przejdę. Przepraszam. Model zintegrowanej opieki, który otacza chorego zarówno opieką lekarską, jak i wsparciem w domu.

Dużym problemem chorych na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, ale i inne choroby płuc, jest niemożność radzenia sobie z wypełnianiem lekarskich zaleceń, co ostatecznie przekłada się na częste zaostrzenia, które z kolei przekładają się na przebieg choroby i ogromnie dużo kosztują. Jedno zaostrzenie leczone szpitalnie kosztuje 6 tys. zł. W ciągu zeszłego roku, w czasie 6 tygodni tylko w 20 placówkach przyjęliśmy 1 tys. chorych z powodu zaostrzenia. To jest 6 mln zł, proszę państwa.

Badania prowadzone w innych krajach wskazują, że ten program pozwala zmniejszyć liczbę zaostrzeń mniej więcej o 20%. Zatem te zaostrzenia, o których wspominałam, przekładające się na złe przebiegi i ogromne pieniądze, mogłyby ostatecznie spowodować, że poprawimy los chorych i osiągniemy znaczne oszczędności.

Nie będę wchodzić w szczegóły. Zachęcam państwa do wspierania naszych działań w przyszłości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo pani profesor, za tę krótką próbę wskazania nam kierunków. Natomiast poprosiłbym pana prof. Samolińskiego o próbę podsumowania dzisiejszego sprawozdania. Prewencja i kontrola astmy oraz alergii u dzieci z punktu widzenia zdrowia publicznego znalazła przecież swoje odzwierciedlenie w jednym z priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Europy. Panie profesorze, odnośnie do tych priorytetów, chodzi głównie o zmniejszanie różnic w dostępie pacjentów do diagnostyki i leczenia w polskim systemie w stosunku do systemów europejskich. Proszę bardzo, panie profesorze.

Konsultant krajowy ds. zdrowia publicznego Bolesław Samoliński:

Dziękuję, panie przewodniczący, szanowni państwo, chcę powiedzieć, że jest to moje drugie spotkanie z Komisją. W bardzo wielkim skrócie będę dzisiaj mówić o tym, co zrobiliśmy w czasie prezydencji, co koresponduje z tym, o czym dzisiaj mówimy. To, co zrobiliśmy w międzyczasie wymaga podsumowania i koresponduje z tym, o czym rozmawialiśmy pół roku temu, kiedy w podobnym gronie spotkaliśmy się z państwem.

Główne cztery priorytety, które mieliśmy w naszej prezydencji, dotyczy przewlekłych chorób niezakaźnych. Można powiedzieć, że z tego dwa priorytety były bardzo mocno powiązane z takim ryzykiem, jakim jest palenie tytoniu. Pan minister Biliński z panem prof. Zatońskim i z panem dr Przewoźniakiem pracowali razem nad bardzo ważnym dokumentem, który mówił o nierównościach w zdrowiu w Unii Europejskiej, pokazując, że te nierówności są zależne od takich determinant jak ubóstwo i takich czynników ryzyka, jak palenie tytoniu czy niewłaściwe spożywanie alkoholu.

Drugim priorytetem, który bezpośrednio dotyczy dzisiejszego zagadnienia, były problemy chorych, którzy mają objawy alergii i astmy. Chciałbym kilka zdań na ten temat powiedzieć. Pani profesor już mówiła, że te NCD – przepraszam, że niektóre slajdy są w języku angielskim – czyli przewlekłe niezakaźne choroby, są dzisiaj głównym problemem Światowej Organizacji Zdrowia i wielu państw krajów wysokorozwiniętych. W Unii Europejskiej prawie 90% przedwczesnych zgonów spowodowanych jest tymi chorobami.

Niezwykle ważne – o czym dzisiaj mówimy – jest to, że te trzy pierwsze podstawowe zespoły chorobowe – pierwszy, to choroby układu krążenia, drugi, nowotwory i trzeci, to choroby układu oddechowego – to są główni zabójcy naszych pacjentów i współczesnych społeczeństw wysokorozwiniętych. Przy czym, jeśli z chorób nowotworowych wyjmą państwo te raki, które dotyczą chorób układu oddechowego i połączą z tymi chorobami, głównie przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, które są zabójcami, to okaże się, że tak naprawdę choroby układu oddechowego są drugim mordercą, przyczyną przedwczesnych zgonów we współczesnych społeczeństwach. To jest zasadniczy powód, dla którego zajęliśmy się tym zagadnieniem.

Co jest ważne? To, że, jak mało który układ, układ oddechowy jest oczywiście zależny od genotypu, ale przede wszystkim od środowiska. Nie ma innej części ciała ludzkiego tak wrażliwej na czynniki środowiskowe. Oczywiście skóra też reaguje, ale ona daje sobie radę lepiej niż układ oddechowy. Palenie tytoniu, zarówno czynne, jak i bierne, według badań prof. Zatońskiego i jego zespołu, odpowiada za 70 tys. zgonów rocznie w Polsce. Czyli choroby odtytoniowe, to najwyższy czynnik ryzyka, jaki obecnie znamy w naszych społeczeństwach, dopiero na następnych miejscach są takie czynniki ryzyka, jak drobnocząsteczkowe substancje unoszące się w środowisku, w powietrzu.

Ten slajd jest w języku angielskim, jest tu podana liczba 8, a następnie 12. Ta liczba 8 pokazuje, że najczęstsza choroba układu oddechowego, czyli katar alergiczny, zaczynający się w pierwszych trzech, a nie później niż w pięciu latach życia człowieka, aż 8-krotnie zwiększa ryzyko zachorowania na astmę. Jest doskonała praca przeprowadzona na dużej populacji, która pokazuje, że astma, szczególnie w środowisku palaczy biernych i czynnych, 12-krotnie zwiększa ryzyko przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, która jest chorobą niosącą olbrzymie inwalidztwo. Człowiek, który nie oddycha, ma fatalną jakość życia – nie potrafi wejść na pierwsze piętro. Przepraszam za pewne porównanie, ale proszę sobie wyobrazić osobę, która jest fizycznym kaleką z powodu utraty jakiejś

części ciała – on jeszcze potrafi jako tako normalnie funkcjonować, a nawet brać udział w olimpiadach. Natomiast człowiek, który ma duszność i nie może chodzić, nie może brać udziału w niczym – on głównie myśli o tym, jak złapać oddech.

W Europie z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc cierpi 44 mln ludzi. Dla porównania, z powodu astmy, która jest potężną epidemią współczesnych społeczeństw, cierpi w Europie 30 mln ludzi. To są dane Głównego Urzędu Statystycznego, opracowane przez jednego z naszych kolegów z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. One pokazują, że astma jest dominującą chorobą w wieku wczesnodziecięcym, a w dalszym przedziale wiekowym – niestety, nie ma tu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, bo ona nie podlegała statystyce w owym czasie – po 65 roku życia, choroby układu oddechowego. W dzieciństwie mamy potężnie chorą grupę, która będzie stymulować bezpieczeństwo zdrowotne ludzi starych, właśnie ze względu na to, że choroby układu dominują, a w wieku starczym mamy przewlekłą obturacyjną chorobę płuc jako późne następstwo chorób układu oddechowego.

Proszę państwa, te dane, które państwo widzą, to jest zespół 20-letnich badań epidemiologicznych w naszym kraju, który pokazuje, jak od najwcześniejszego dzieciństwa – to są dzieci 6-7-letnie, młodzież i tak zwani młodzi dorośli – rośne zachorowalność na choroby alergiczne, które później się przekładają – choć tytoń jest dominującym czynnikiem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – również na chorobę astmatyczną. To są badania, któreśmy przeprowadzili – jedne z większych badań na świecie. Przez te badania przeszło 23 tys. respondentów. Pokazują one, jak dużo mamy astmatyków – 12% społeczeństwa, czyli ponad 4 mln ludzi, ma aktywną astmę. Jest to wstęp do wielkiego kalectwa w wieku starszym.

Nie pokażę tego na slajdach, tylko powiem, ponieważ te ryciny są mało czytelne – są to matematyczne przekształcenia, które pozwalają nam obliczyć ryzyko, jakie występuje u osoby mającej choroby układu oddechowego, na przykład zmiany pracy, jeżeli w środowisku pojawia się dym tytoniowy. Otóż osoby z astmą i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc 12-krotnie częściej zmieniają miejsce pracy i porzucają pracę niż inni, właśnie ze względu na to, że w ich środowisku pojawia się dym tytoniowy.

W tej chwili, na przykład, wiemy, że bierne palenie przez kobietę w ciąży jest jednym z wyższych i udokumentowanym naukowo czynnikiem ryzyka rozwoju astmy u dziecka, które się później narodzi. Czyli w wieku płodowym działanie takiego czynnika środowiskowego, jakim jest dym tytoniowy, będzie skutkować kalectwem.

Proszę państwa, to kalectwo to poważna sprawa. Astma jest powszechną chorobą – 12% to kilka milionów ludzi – później przewlekła obturacyjna choroba płuc. Złóżmy to w jedną całość. Jak potężnym czynnikiem warunkującym zdrowie tej populacji jest dym tytoniowy? To są miliony ludzi, którzy są narażeni na dyskomfort w wyniku tego, że dym tytoniowy pojawia się w ich otoczeniu.

Nad tym problemem dyskutowaliśmy na specjalnej eksperckiej konferencji, która odbyła się we wrześniu. Krótko powiem, że zebraliśmy tam najlepszych ekspertów w Unii Europejskiej, którzy zajmują się drogami oddechowymi. Wskazuję na pana Andrew Busha, który na slajdzie jest widoczny po prawej stronie, na dole. Jest to pediatra, który dokumentuje, iż już w środowiskach dzieci rozwija się przewlekła obturacyjna choroba płuc, a więc wnioskuje o czymś, o czym do tej pory mówiliśmy tylko w kategoriach hipotetycznych, że ta choroba sięga po coraz młodsze pokolenia, i to właśnie w tych środowiskach, gdzie jest obecny dym tytoniowy.

Proszę państwa, konkluzje z tej prezydencji są takie. Zwróciliśmy uwagę na to, że to dzieci są tym elementem zdrowotnym, który powinien być szczególnie chroniony, że tak zwane zdrowe starzenie się zależy od tego, co się działo w poprzednich dekadach, a przede wszystkim w okresie wczesnorozwojowym. W konkluzjach, które były przyjęte, i tych, które prowadził pan minister Biliński ze swoim zespołem i z prof. Zatońskim, a także tych, które były przyjęte w zakresie chorób układu oddechowego, bardzo wyraźnie nawiązywaliśmy do roli palenia tytoniu i do przestrzegania ramowej konwencji dotyczącej palenia tytoniu.

Na zakończenie pokaże dwa przeźrocza, które są fragmentem wyjętym z polskiej konkluzji z tego czasu, a właściwie konkluzji Rady Unii Europejskiej przygotowanej

przez polską prezydencję. Podkreśla się, że najważniejszymi czynnikami ryzyka wystąpienia przewlekłych chorób układu oddechowego są połączone predyspozycje genetyczne ze środowiskowym narażeniem na działanie wdychanych substancji i cząstek, takich jak środowiskowy dym tytoniowy. Dalej czytamy: „Podkreśla się, że warunki przed narodzeniem oraz we wczesnym dzieciństwie wpływają na stan zdrowia w dorosłym życiu. Ważna jest zatem ochrona kobiet w ciąży i dzieci przed negatywnymi wpływami czynników środowiskowych, w tym narażeniu na dym tytoniowy". 27 państw przyjmuje tego typu deklaracje. Dalej wzywa się wszystkie państwa, by kontynuowały, a w odpowiednich wypadkach wzmacniały programy przeciwdziałania paleniu i stosowały się do zalecenia Rady w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego.

To są tylko wybrane fragmenty. Powiem, że nad tym dokumentem pracowało bardzo dużo osób. Widzą państwo na slajdzie cały zespół – wszystkich 27 *attache* krajów Unii Europejskiej, którzy razem z prezydencją polską wypracowywali dokument, w którym wyraźnie się pokazuje, jak istotne znaczenie we współczesnym społeczeństwie i w zdrowiu populacji wysoko cywilizowanych krajów Unii Europejskiej ma palenie tytoniu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Zakończyliśmy omówienie sprawozdania uzupełnionego bardzo ważnymi i ciekawymi wynikami badan, a również działaniami Polski na arenie międzynarodowej w trakcie prezydencji europejskiej.

Otwieram dyskusję. Czy ktoś z pań i panów posłów oraz zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Pan poseł Ziętek, pan poseł Chmielowski i pan poseł Latos. Proszę bardzo, pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, bardzo serdecznie dziękuję za tak obszerną i wnikliwą analizę. Gratuluję panu przewodniczącemu tego badania. Myślę, że wynik jest dobry, ale to pewnie będzie słodka tajemnica.

Rozpatrujemy tego rodzaju sprawozdanie – i tu będę trochę marudzić – z 2010 r. Jestem położnikiem od 30 lat, w związku z tym interesuje mnie przede wszystkim ta sprawa – ona przewijała się tu cały czas. Zarówno tytoń, jak i astma przewijają się tu w różnych wątkach, a jest to bardzo ważne.

W pkt 1.4. „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży" czytamy: „W związku z niepokojącą sytuacją dotyczącą ryzykownych zachowań kobiet w ciąży, Główny Inspektor Sanitarny podjął decyzję o konieczności przeprowadzenia badań ogólnopolskich", w ramach badań „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży". Te badania – jak się dowiadujemy – były przeprowadzone w sierpniu 2010 r. Rozumiem, że czekamy – ja również bardzo niecierpliwie czekam – na wyniki tego badania, które było w 2011 r.

Moje pytanie jest takie – bo ważna jest pewnego rodzaju dynamika. Konsultant krajowy do spraw neonatologii mówił – z czego bardzo się cieszymy – że śmiertelność okołoporodowa noworodków spada. Poprawia się to z roku na rok. Być może – tak jak pan profesor dzisiaj mówił – narażenie kobiety w ciąży na palenie papierosów skutkuje potem chorobami płuc u noworodka. Moje pytanie – czy w sierpniu 2011 r., czy w ogóle w 2011 r., tego rodzaju badania też były przeprowadzone, żebyśmy mieli dynamiczny obraz tego, czy nasze programy działają? Bo mamy programy, które są finansowane, a to jest paląca potrzeba. Cieszy nas, że śmiertelność okołoporodowa noworodków spada przez ostatnie dziesięciolecia, a tak samo cieszylibyśmy się, gdyby coraz mniej było kobiet w ciąży, które palą.

Wydaje się, że jest tu duże pole do opisu dla organizacji pozarządowych, ale do tego dojdę za chwilę, a przede wszystkim dla szkół rodzenia. Niestety, bijmy się w piersi, bo szkoły rodzenia w Polsce szwankują. Zdaje się, że nie mamy kontraktu na szkoły rodzenia. Są one otwierane na zasadzie edukacji przedporodowej itd. Wydaje się, że naszą ambicją w tej kadencji powinno być ogarnięcie sprawy szkół rodzenia – sporządzenie mapy w poszczególnych województwach, żeby rodzące wiedziały, gdzie te szkoły są. Były także propozycje, żeby dla pierwiastek 8 spotkań w szkole rodzenia było finansowanych w ramach kontraktu. Położne na to czekają.

Następne moje pytanie kieruję do organizacji pozarządowych. Jestem również w podkomisji ds. organizacji pozarządowych, dlatego będę chciał zrobić przegląd wszystkich tych organizacji, które zajmują się ochroną zdrowia. Tym problemem trzeba się zająć, natomiast astma a ciąża, to też jest potężny problem. Dla nas, położników, jest ogromnym problemem, ponieważ współpracujemy – ja współpracuję z panem prof. Pierzchałą. W Ligocie mamy wspaniały ośrodek – Klinikę i Katedrę Pneumonologii. Mam to szczęście, że mogę współpracować, bo ten problem – astma a ciąża, jest znaczący. Chodzi nie tylko o dostosowanie leków do ciąży, ale i o prowadzenie tej ciąży, która niejednokrotnie – państwo specjaliści do spraw płuc dają nam takie wskazania – jest rozwiązywana przez cesarskie cięcie. Już nie jest to astma, która nie pozwala na poród fizjologiczny.

Mam pytanie, bo poruszane były tu sprawy astmy, do przedstawicieli tego towarzystwa, organizacji pozarządowej. Czy robili państwo badania dotyczące astmy w ciąży? Jak to wygląda w naszym kraju? Czy mają państwo jakieś doświadczenia? Dziękuję.

Prezes Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergie i POChP Piotr Dąbrowiecki:

To odpowiadając od razu…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę od razu nie odpowiadać.

Prezes Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergie i POChP Piotr Dąbrowiecki:

Przepraszam bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Będzie pan mieć okazję. Proszę sobie zanotować to pytanie. Proszę bardzo, pan poseł Chmielowski.

Poseł Piotr Chmielowski (RP):

Dziękuję, panie przewodniczący. Mam pytanie dotyczące sprawozdania z realizacji programu. Chodzi mi o tabelę na str. 53 – nie wiem, czy to jest błąd, czy to wynika ze względu na kontraktowanie. Otóż w tabeli „Świadczenia Poradni Antynikotynowej – dane liczbowe" możemy wyczytać, jeżeli chodzi na przykład o oddziały pomorski i śląski Narodowego Funduszu Zdrowia, że dramatycznie różnią się ilością środków wydanych w tym zakresie, natomiast nie ma różnicy w liczbie pacjentów, tak jakby śląscy pacjenci było 5-6-krotnie drożsi od pomorskich. Odnośnie do innych województw nie chciałbym zajmować stanowiska.

Natomiast zwracając uwagę na str. 55, na program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych, rozumiem, że tutaj we wszystkich oddziałach wycena jest dokładnie taka sama. W tabeli możemy wyczytać, że kwota za jedno świadczenie wynosi 28 zł. Zatem, albo jest to błąd, albo coś nie gra, jeśli chodzi o kwestię kontraktacji. To jest moje pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Bardzo przepraszam pana dyrektora – chodzi mi o osobę, która jako pierwsza miała prezentację multimedialną – nie zapamiętałem nazwiska, za co jeszcze raz przepraszam. Na jednym z przeźroczy było coś, co zwróciło moją uwagę. W wypowiedzi padło określenie „dolegliwości oddechowe" itd. i dokładne opisy – to nie ma znaczenia. W każdym razie zostało podane, że z tych osób, które cierpią na dolegliwości oddechowe, 30-37% wykazało, że pali, czyli jakby nie było żadnej różnicy między palącymi a niepalącymi. Tak przynajmniej z tej prezentacji zrozumiałem. Może to jest mój błąd, ale gdybym uzyskał na to odpowiedź, byłbym zadowolony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan przewodniczący Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, na wstępie chciałbym podziękować za te bardzo ciekawe prezentacje, bo rzeczywiście państwo, a właściwie my wszyscy, mamy się czym pochwalić. Chciałem też państwu ogromnie podziękować – bo myślę, że to jest dobry moment – za determinację w działaniu na rzecz nowelizacji usta-

wy. To aktywność środowiska lekarskiego, a w szczególności państwa, spowodowała, że projekt komisyjny, bo trzeba podkreślić, że był to projekt Komisji Zdrowia – dziękuję bardzo również panu przewodniczącemu Piesze, który kierował wówczas Komisją – osiągnął sukces. To był wspólny sukces.

Jednocześnie odczuwamy pewien niedosyt, jeśli chodzi o skuteczność działań. Pewnie możemy obserwować i wymieniać się uwagami odnośnie do prób omijania tej ustawy – może powinniśmy kiedyś się nad tym pochylić – natomiast myślę, że poza różnego rodzaju reklamami leków, brakuje – tu zwracam się do pana, panie ministrze – zmasowanej kampanii przede wszystkim medialnej, telewizyjnej. Ponieważ zrobiliśmy pierwszy krok, w sposób ustawowy niejako zniechęcamy ludzi do palenia, brakuje łatwo podanego uświadamiania, przede wszystkim przez telewizję, że warto z tym nałogiem skutecznie walczyć.

To jest pierwsza sprawa. Nie wiem, co pan odpowie, co można by zrobić w tej sprawie. Zapewne w tej sprawie też chodzi o pieniądze – jak zwykle.

Druga sprawa. Trochę z ciekawości i może z pewnym przymrużeniem oka – wszak jestem lekarzem, ale również działam w Komisji Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki – zapytam. Mówiliśmy dzisiaj o astmie. Jest to problem tak często dzisiaj spotykany w sporcie. Odnotowujemy masowy wysyp astmatyków. Czy pacjenci zgłaszają się z pretensjami, że może są źle leczeni, skoro można uprawiać wyczyn, doprowadzać organizm do najwyższego wysiłku, a oni na co dzień z trudem funkcjonują z tą chorobą? Oczywiście niech to będzie też zaczynem do ewentualnych odpowiedzi i państwa komentarzy w stosunku do tego, co się ostatnio w sporcie obserwuje. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Szanowni państwo, Wysoka Komisjo, panie przewodniczący, przychody do budżetu z tytułu akcyzy od wyrobów tytoniowych w roku 2010 wyniosły około 17.500.000.000 zł. Chciałbym dowiedzieć się od naszych ekspertów, jaki jest szacunkowy koszt leczenia tych pacjentów i wszystkich powikłań – powtarzam, szacunkowy – żebyśmy zdawali sobie sprawę z tego, na co te pieniądze z budżetu wypływają.

W podsumowaniu tego raportu możemy przeczytać wnioski. Chciałbym zapytać naszych ekspertów o to, jaki jest konieczny poziom finansowania – bo rozumiemy, że aktualnie na realizację programu jest 0,5% wpływu z akcyzy od wyrobów tytoniowych – tak było napisane. Jaki poziom finansowania tego programu byłby wystarczający dla zaspokojenia potrzeb?

Państwo piszą również, że należałoby dokonać oceny programu i dokonać ewentualnych zmian. Jakie zmiany w tym programie należałoby wprowadzić? Tego nie znalazłem w raporcie.

Postulują również państwo kolejne działania legislacyjne ograniczające palenie tytoniu. Chciałbym się dowiedzieć, jakie to działania. Jak się to ma w stosunku do krajów uznanych za modelowe, jeśli chodzi o kraje europejskie? Jak to wygląda w kwestii zapobiegania następstwom palenia tytoniu, czy ograniczaniu palenia papierosów?

Wreszcie, podsumowując, pozwolę sobie na następującą konstatację. Przed kilkoma godzinami mieliśmy możliwość analizowania planów finansowych, między innymi planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Na działalność tego Funduszu wpływa 3% wpływów z dopłat do gier objętych monopolem państwa. We wnioskach wypływających z analizy sejmowej można przeczytać, że w aktualnym stanie finansów publicznych – a są to prawie 22.000.000 zł – być może należałoby zmniejszyć ustawowo przychody tego Funduszu, a zaoszczędzone kwoty przeznaczyć na inne cele. Poddaję to pod rozwagę moich koleżanek i kolegów z Komisji Zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie bardzo rozumiem ostatnią konkluzję, bo to są dane z ustawy dotyczącej przeciwdziałania skutkom hazardu…

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, już czytam. Z wniosków z analizy sejmowej wynika, że stan Funduszu na początku roku oscyluje wokół kwoty jego rocznych przychodów.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tak, panie przewodniczący, zgadza się.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, tylko dokończę. W aktualnym stanie finansów publicznych być może należałoby zmniejszyć ustawowo przychody tego Funduszu z 3%, a zaoszczędzone kwoty przeznaczyć na inne cele.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tak, panie przewodniczący, ma pan rację, tylko to dotyczy funduszu na przeciwdziałanie hazardowi, a my dzisiaj mówimy o chorobach odtytoniowych. Zgadzam się – 3%. Tam jest coś innego. O tym teraz nie mówimy.

Proszę bardzo, pani posłanka Małecka.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Nie mam żadnych pytań, natomiast chciałabym podzielić się kilkoma moimi przemyśleniami i również bardzo serdecznie podziękować za ten materiał, który dzisiaj jest przedmiotem naszej debaty.

Rzeczywiście, problem chorób odtytoniowych jest niezwykle ważny nie tylko – tak jak tu część osób, państwo profesorowie, lekarze przedstawiali go nam – od strony klinicznej, ale również ze względów mentalnych. Pamiętam, niestety, prace nad ustawą o ograniczeniu palenia tytoniu i pamiętam także, jak długi okres poświęciliśmy na to, żeby znowelizować tę ustawę. Dlatego doświadczenia, które wyniosłam z pracy w czasie trzech lat – bo przez 3 lata pracowaliśmy nad nowelizacją – jak i doświadczenie, którego później nabyłam w trakcie różnorakich konferencji i spotkań, upoważnia mnie do tego, żeby powiedzieć, iż ta ustawa rzeczywiście była wielkim sukcesem. Z tego, co pamiętam – będę prosić panią dyrektor o poprawę – kiedy podsumowywaliśmy po pół roku opinie społeczeństwa na temat wdrożonej ustawy, okazało się, że 75% osób – dobrze pamiętam – popiera tę nowelizację, czyli zaostrzenie ustawy pierwotnej. To pierwszy element.

Drugim jest to, że tematyka schorzeń układu oddechowego stała się bardzo ważnym elementem naszej prezydencji. To, co pan profesor przedstawiał jako konkluzję, uważam, że powinno być dla nas wyzwaniem do dalszych prac w podkomisji zdrowia publicznego – takowa w poprzedniej kadencji również pracowała.

Teraz pokuszę się o podsumowanie, które wydaje mi się istotne. Otóż nawiązując do tego, co powiedziała pani profesor, że brakuje opieki zintegrowanej, przypominam, że często jest tak nie tylko w przypadku chorób układu oddechowego, ale i w przypadku innych schorzeń, np. układu krążenia. Wydajemy ogromne środki finansowe na to, żeby uratować komuś życie, a później nie dbamy o to, żeby go odpowiednio rehabilitować i zapewnić mu ciągłość opieki. Dlatego uważam, że przedstawienie problemu schorzeń odtytoniowych, jak i tego sprawozdania, łącznie z rozmową na temat chorób, jest trafione i tego serdecznie państwu gratuluję. Uważam również, że jest to wyzwanie dla nas, aby na temat zintegrowanego systemu mówić coraz częściej i odważniej, aby wprowadzić w końcu te zmiany, które w systemie opieki zdrowotnej powinny zaistnieć, aby mówić o prawdziwej ciągłości opieki.

Konkluzja, którą pan profesor wyraził, że powinniśmy chronić dzieci przed czynnikami narażenia już od najwcześniejszego momentu ich rozwoju, aż po rehabilitację osób chorych, spina nam całość tego problemu. Głęboko wierzę w to, że to, co powiedział pan minister, iż jego priorytetem jest powstanie zintegrowanej opieki, rzeczywiście stanie się naszym wyzwaniem na kolejne lata pracy, że po tych czterech latach będziemy mogli powiedzieć, że wypracowaliśmy ciągłość opieki, która zapewnia również efektywne wydawanie pieniędzy, bo ten element, niestety, również musimy brać pod uwagę.

Bardzo serdecznie gratuluję państwu prezentacji, programów omawianych w czasie prezentacji, wniosków i również dzisiejszego sprawozdania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani posłanka Hrynkiewicz, proszę uprzejmie.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Chciałabym bardzo podziękować za ten materiał, a jednocześnie prosić o poszerzenie nieco informacji pana ministra, być może nie dzisiaj, ale na piśmie, dotyczącej działań promocyjnych i działań profilaktycznych w środowisku szkolnym.

Z tych badań, które cytuje w swoich ostatnich założeniach polityki ludnościowej Rządowa Rada Ludnościowa – są to założenia, które były wczoraj przyjęte przez Radę – w wieku 15-19 lat co szósty mężczyzna i co 12 kobieta palą papierosy, a wśród tych palących 1/5 pali od pięciu lat. Dalej Rada przywołuje poszczególne uchwały Komitetu Rady Ministrów z 19 grudnia 2002 r., z 14 stycznia 2003. Przywołuje także spotkanie premiera, ministra edukacji narodowej i ministra zdrowia z 15 maja 2006 r., które to gremia próbowały ponownie stworzyć opiekę zdrowotną nad młodzieżą szkolną. W konkluzji stwierdza, że niewiele z tego zrobiono. Zrobiono tylko tyle, że wyprowadzono lekarzy ze szkół, zostały tam pielęgniarki. Dzisiaj, mimo że problemy zdrowotne dotyczą w Polsce y ¼ uczniów, to właściwie nie ma zintegrowanej opieki nad uczniami. Jeżeli więc pani profesor mówi, że bardzo drogo kosztuje leczenie chorób, o których dzisiaj rozmawiamy – chorób układu oddechowego – to z całą pewnością te koszty można by znacznie zmniejszyć, a także znacznie zmniejszyć cierpienia i szkody, jakie z tego tytułu wynikają, gdyby była zintegrowana opieka nad dziećmi i młodzieżą szkolną.

Bardzo proszę o dokładne informacje, bo te liczby, które pan minister przytacza, pokazują, że te działania są prowadzone w bardzo małej skali. To nie jest duża skala, jeśli weźmiemy pod uwagę kilka milionów dzieci i młodzieży uczęszczającej do szkół.

Druga sprawa, która być może nie wiąże się z naszym spotkaniem, ale dotyczy także chorób płuc, to jest to, czym się interesuję od wielu lat. To jest problem gruźlicy – obecnego stanu zachorowań, leczenia…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani poseł, trzymajmy się tematu. Bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

To nie jest temat, który jest dzisiaj przedmiotem naszych rozważań, ale prosiłabym także o odpowiedź, bo szczególnie w środowisku akademickim jest to rzecz niezwykle ważna.

Prosiłabym także panią o to, żeby zechciała pani dać nam wyniki badań, ponieważ pani szybko je zreferowała i trudno było cokolwiek zanotować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos panu prezesowi, chciałbym powiedzieć, że jeżeli są pytania dotyczące problemów zdrowotnych, to posłowie mają możliwość stosowania różnego rodzaju narzędzi. Takim narzędziem jest zapytanie czy interpelacja poselska. Wreszcie jest nim to, co wynika z ustawy o wykonywaniu mandatu posła i senatora – możliwość, pani profesor, dotarcia do każdej instytucji publicznej. Gwarantuję pani profesor, że żaden szef, żaden prezes i żaden dyrektor nie jest w stanie zamknąć przed panią drzwi. Proszę o tym pamiętać i z tego korzystać.

Pan prezes Radziwiłł. Proszę uprzejmie.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym powiedzieć – i dobrze, że tak jest – że to sprawozdanie – większość z nas zdaje sobie z tego sprawę – ma charakter historyczny i jest właściwie tylko impulsem do tego, żeby mówić o przyszłości. Powiedzmy sobie, że raport z okresu sprzed nowelizacji ustawy jest dzisiaj mało znaczący. Wobec tego, tak naprawdę, z tego raportu najbardziej interesujące są wnioski. Te wnioski – moim zdaniem – są porażające.

Przede wszystkim chciałbym przywołać to, na czym stoimy, jeżeli chodzi o finanse, bo tutaj odbyła się już pewna dyskusja, która świadczy o tym, że nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, na jakim jesteśmy etapie. Otóż, proszę państwa, ustawa antytytoniowa, przyjęta głosami państwa czy państwa poprzedników, mówi, że na programy antytyto-

niowe, na walkę z paleniem, z tytoniem, należy przeznaczać 0,5% wpływów z akcyzy. Te liczby zostały przytoczone, ale może nie wszyscy je zanotowali. Wpływy z akcyzy w 2010 r. wyniosły dokładnie 17.436.000.000 zł, z czego 0,5% to jest 87.181.000 zł. Na walkę z tytoniem przeznaczono z budżetu 1.446.000 zł – to jest 60 razy mniej. To nie jest 0,5%, tylko 0,08%. Tak wyglądają liczby, proszę państwa. Można zatem powiedzieć – pomijając tę małą liczbę – że polskie państwo żyje z akcyzy. Polska żyje z tego, że Polacy palą. Moim zdaniem, to jest dramatyczna konstatacja, ale tak jest. To po pierwsze.

Co z tego wynika? To, że jeżeli chcemy walczyć z paleniem i ze skutkami palenia, to trzeba przede wszystkim zrealizować ustawę. Cieszę się, że pan poseł Orzechowski mówił o tym, żeby poszukiwać pieniędzy, ale przede wszystkim należy poszukiwać ich tutaj, a nie w hazardzie. Oczywiście, jeśli z hazardu można jeszcze wziąć więcej, to bardzo dobrze, ale trzeba po prostu – i taka, moim zdaniem, powinna być konkluzja Komisji – poprosić ministra zdrowia, żeby zaczął realizować ustawę.

Trzeba powiedzieć, że to nie jest sprawa polityczna, bo żaden rząd w okresie działania tej ustawy nie zbliżył się nawet do zrealizowania jej art. 4. To trzeba naprawić.

Na co te pieniądze wydać? Pytanie pana posła Orzechowskiego, ile kosztują choroby odtytoniowe, jest trafne. Z całą pewnością kosztują one znacznie więcej niż 87.000.000 zł, ale przynajmniej tyle można by na to wydać. Na co wydać? Na przykład na realizację niektórych wniosków z tych prezentacji, które dzisiaj widzieliśmy. To znaczy, na diagnostykę, czyli przykładowo powszechny program spirometrii. Poza tym na leczenie – o tym też była mowa i jest mowa w tym raporcie – a krótko mówiąc, na poradnie antytytoniowe. Wreszcie można by rozważyć refundację leków, które umożliwiają czy ułatwiają rzucanie palenia, a które w wielu krajach są refundowane. Jest bardzo konkretna lista rzeczy – być może ja jej nie zamknąłem, tylko ją otwieram – na które można wydać te pieniądze i należałoby to zrobić.

Druga sprawa, na którą chciałbym zwrócić uwagę, a która również wynika z wniosków raportu – to jest bardzo konkretne zadanie dla państwa posłów. Jeżeli będą państwo myśleć nad nowelizacją ustawy, nad rozszerzeniem jej działania, to trzeba wziąć pod uwagę dwie kwestie. Pierwsza, to społeczna akceptacja dla dalszego ciągu, czyli całkowitego zakazu palenia w miejscach publicznych, w tym przede wszystkim w całej gastronomii – nie w niektórych, ale we wszystkich zakładach gastronomicznych. Jest dla tego bardzo wyraźne poparcie, nie tylko społeczeństwa jako całości, ale także palaczy. To jest najbardziej ciekawe. To jest pierwsza rzecz, na którą państwa posłów namawiam, żeby zmienić – zaostrzyć ustawę w tym zakresie, idąc konsekwentnie według linii, która na świecie jest wyraźnie widoczna.

Kolejna rzecz – bardzo serdecznie państwa namawiam na rozważenie wprowadzenia przepisów zakazujących palenia w obecności dzieci i kobiet ciężarnych. Proszę państwa, nie ma miejsca bardziej szkodliwego dla biernych palaczy, niż samochód, w którym jedzie tata z papierosem i rodzina – zwłaszcza w zamkniętym samochodzie, bo wszystkie są dzisiaj klimatyzowane. To jest przerażające. Jeżeli Sejm poprzedniej kadencji uchwalił ustawę o przemocy w rodzinie, to nie ma większej przemocy. Proszę państwa – przemoc w postaci paleni w obecności dziecka jest znacznie bardziej niebezpieczna niż klapsy, które są zakazane. Jestem o tym głęboko przekonany.

Kolejna sprawa, o której chciałbym powiedzieć, od razu jednym tchem namawiając państwa do większej konsekwencji w rozwiązaniach legislacyjnych. To jest to, co wynika wprost ze wskazanej również we wnioskach V Ramowej Konwencji WHO, tzw. tytoniowej – proszę zwrócić uwagę, że do tego Polska się zobowiązała jako państwo ratyfikując tę konwencję – żeby zabronić udziału i wpływu firmom tytoniowym na kształt legislacji. Ci z państwa, którzy uczestniczyli w pracach parlamentu w poprzednie kadencji, wiedzą dobrze, o czym mówię. W Polsce, niestety, ten punkt konwencji nie był realizowany i między innymi te przepisy, które są, nie są do końca konsekwentne, bo firmy miały wpływ na to, jak te prace się toczyły. Namawiam państwa, gdy będziecie chcieli przystąpić do rozszerzania i nowelizowania, do bardziej konsekwentnych rozwiązań w zakresie ustawy antytytoniowej. Od razu pomyślcie o tym, w jaki sposób zorganizować te prace, aby można było zrealizować konwencję w części mówiącej o tym – zresztą we wnioskach tego raportu jest to napisane – żeby nie było interwencji firm tytoniowych.

Tytoniowych, to znaczy, zarówno producentów papierosów, jak plantatorów i innych pokrewnych. Bardzo serdecznie państwa na to namawiam.

Jednocześnie chciałbym powiedzieć, że wśród nazwisk osób, które łaskawie pan minister Biliński wymienił, znalazło się moje nazwisko, ale z pewnością nie znalazło się wiele innych nazwisk, które tutaj należałoby przytaczać. A jeśli nie mówimy o obecnych, to chciałbym powiedzieć o nieobecnych. Są to: pan minister Fronczak, bez którego na pewno nie poradzilibyśmy sobie z ustawą w takim kształcie, a także pan poseł Sopliński, który był jednym z dobrych duchów tej ustawy. Myślę więc, że przynajmniej o nich trzeba wspomnieć, nie mówiąc o tych, którzy siedzą na tej sali, bo zasłużonych osób w tym zakresie jest wiele.

Ostatnia sprawa. Proszę państwa, myślę, że wspólnym sukcesem nas wszystkich jest to – a mówię to jako przedstawiciel lekarzy – że jesteśmy na dobrej drodze do tego, żeby palenie zostało uznane przez wszystkich lekarzy za chorobę. To jest choroba, którą trzeba leczyć. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan przewodniczący chciał zabrać głos. Proszę bardzo, ale jedno zdanie.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dosłownie jedno zdanie. Oczywiście dziękuję za wypowiedź pana prezesa na temat tych postulatów i pytań, które zadawałem po stronie eksperckiej. Nie zgodzę się w jednej kwestii, bo jest jeden taki przypadek, który jest bardziej szkodliwy i karalny, kiedy osoba prowadząca samochód jest pod wpływem alkoholu i wiezie całą swoją rodzinę. Jest to zapisane w Kodeksie karnym, a mimo to, takich przypadków zdarza się co najmniej kilkaset przez weekend. Natomiast pijanych kierowców w weekendy bywa po kilka tysięcy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo. Proszę się przedstawić do protokołu.

Przedstawiciel Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii--Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie Krzysztof Przewoźniak:

Krzysztof Przewoźniak. Będę mówić nie w imieniu Centrum Onkologii, jako ekspert tej instytucji, ale w imieniu Obywatelskiej Koalicji „Tytoń albo zdrowie".

Po pierwsze, chciałbym gorąco poprzeć to, co powiedział pan dr Radziwiłł. Nie będę tego powtarzać. Nasza Koalicja całym sercem, ale też z racjonalnego punktu widzenia, popiera te propozycje.

Po drugie, chciałbym serdecznie podziękować, bo – tu kilkakrotnie powiedziano o tym, a nie bardzo, jak pamiętamy, wierzyliśmy w ten sukces – osiągnęliśmy sukces związany z nie całkiem komplementarną ustawą. Ona nie stanowiła całkowitego zakazu we wszystkich miejscach publicznych, a jednak była dużym krokiem naprzód. Nie dość tego, dała polskim obywatelom możliwość – również właścicielom barów, zakładów pracy – powzięcia decyzji o tym, czy ten zakaz będzie całkowity, czy zgodny z pewnymi propozycjami.

Jaka jest reakcja polskiego społeczeństwa? Jak wynika z dwóch badań, które zostały przeprowadzone po wprowadzeniu tego zakazu – te badania są całkowicie spójne – na przykład w restauracjach narażenie na dym tytoniowy, porównując z tym, co było przed zakazem, zmniejszyło się pięciokrotnie. W barach i pubach – czterokrotnie. W kawiarniach – trzykrotnie. W zakładach pracy – dwukrotnie. Nie dość tego, zmniejszyło się narażenie nie tylko osób niepalących, ale również palaczy.

Co to oznacza? Oznacza to, że obie te grupy zaakceptowały zakaz. To oznacza – i potwierdzają to również dane inspekcji sanitarnej – jak szacujemy, że tylko 10% zakładów i lokali gastronomicznych zdecydowało się na stworzenie palarni i kabin dla palaczy, a cała reszta, między innymi z powodów ekonomicznych, ale również ze względu na argumenty zdrowotne, o których tutaj mówimy, wybrała całkowity zakaz palenia tytoniu. Rysuje się więc furtka, przyzwolenie społeczne na to, żeby wykonać krok dalej. Na to daje nam zgodę społeczeństwo, które w 60-procentach mówi, że nie chce kabin, nie

chce palarni, chce całkowitego zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych, lokalach gastronomicznych i w zakładach pracy.

Ostatnia kwestia, dotycząca kosztów palenia. Ciągle pracujemy nad takimi raportami, ale pojawiają się już pewne szacunki. WHO prowadzi je we współpracy z organizacjami eksperckimi, również pozarządowymi. Przygotowujemy się do opublikowania raportu. Mamy jednak pierwsze dane, które pozwalają nam grubo, chociaż bardzo konserwatywnie, oszacować, jakie są koszty przedwczesnej umieralności osób z powodu chorób odtytoniowych. Przestają być one producentami i konsumentami, a to jest w tej chwili główny wehikuł, na którym zasadza się rozwój polskiego społeczeństwa. Te koszty są liczone na osobę na 620.000 zł. Jeśli państwo to przemnożą przez 43-45 tys. przedwczesnych zgonów odtytoniowych, jakie mamy, to daje to sumę prawie 27.000.000.000 zł rocznie *versus* 17.000.000.000 zł, które dostaje państwo z tytułu podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych. Czyli każdego roku, średnio licząc, tracimy 10.000.000.000 zł. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze ktoś się zgłasza. Proszę bardzo.

Przedstawiciel Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Marek Walkiewicz:

Marek Walkiewicz – Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, dawniej Porozumienie Zielonogórskie.

Chciałbym powiedzieć, że od siedmiu lat uczestniczę w posiedzeniach Komisji na ten temat, nawet mój kuzyn dawno temu był tu wiceprzewodniczącym. To świetnie, że ta ustawa poszła w tym kierunku. Chciałbym tylko zasygnalizować, że pół roku temu, kiedy robiliśmy wstępne podsumowanie, jak to wszystko działa, padł również termin „koncesja”.

Mówimy tutaj, w państwa opracowaniach także jest o tym mowa, jak jest w Europie. Powołam się na przykład francuski, gdzie sprzedaż tytoniu jest koncesjonowana, tak jak sprzedaż alkoholu u nas. Z tego w tych trudnych czasach można byłoby uzyskać dodatkowe środki na promocję zdrowia. Na poziomie lekarzy rodzinnych można by z tego sfinansować edukację. Powiem przykładowo, bo prof. Zatoński dzisiaj jest nieobecny, ale z nim współpracujemy od kilkunastu lat zaczynając od programu 400 miast, w ramach którego szkolił lekarzy z małych miast powiatowych do 10 tys. mieszkańców. Uczestniczyliśmy w tych programach. Z głosu serca zakupiliśmy spirometry. To kosztowało dużo, bo w przychodni, która obejmuje opieką 5 tys. mieszkańców, mam spirometr, którego wartość wynosiła wtedy około 10.000 zł. Teraz spirometrów na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej mamy sporo, natomiast nadal nie widać otwartości Funduszu na umowy poza głównymi kontraktami, żebyśmy te programy mogli realizować. Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej przyjmujemy około 85% populacji pacjentów w kraju. To jest temat otwarty. W związku z tym, że mam zaprzyjaźnionych kolegów posłów, koleżanki posłanki i lekarzy, będę apelować o to, aby z inicjatywy poselskiej podjęli ten temat. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Myślę, że pan jest lobbystą, jeśli ma pan tu zaprzyjaźnione osoby. My pracujemy raczej transparentnie.

Czy pan minister chciałby się odnieść do zadanych pytań i poruszonych kwestii? Rozumiem, że to była raczej dyskusja, a mniej było pytań. Proszę uprzejmie.

Główny inspektor sanitarny Przemysław Biliński:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, te sugestie, zawarte w ważnych głosach pań i panów posłów, instytucja wykonawcza, jaką jest Państwowa Inspekcja Sanitarna, weźmie pod uwagę.

W art. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest napisane, że działamy w obszarze zdrowia publicznego, a zatem wszystkie działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, również te koordynujące, wpisują się w zadania zdrowia publicznego. Jesteśmy *de facto* urzędem zdrowia publicznego. Właściwie moglibyśmy się tak nazywać.

Szanowni państwo, wszystkie nasze działania są nakierowane na ochronę zdrowia i życia człowieka za pośrednictwem środowiska, o którym dzisiaj mówiliśmy, wynikającego z inhalowania czynników rakotwórczych przez układ oddechowy. Wiele osób stwierdzało, iż te nasze działania powinny być zdecydowanie bardziej intensywne, ponieważ liczby są faktycznie zatrważające, jeśli nie przerażające.

Z państwa głosów wynikało, że wszystkie programy i projekty powinny być nakierowane przede wszystkim na chronienie młodych ludzi, dzieci i kobiet w ciąży. Jeśli codziennie około 4 mln polskich dzieci biernie wdycha dym tytoniowy w domu albo w miejscach publicznych, to jest to zatrważająca liczba. 4 mln polskich dzieci codziennie inhaluje dym w domu i w miejscach publicznych.

Z głosów panów posłów wynikała chęć poznania naszych dalszych planów i propozycji rozwiązań. Sejm, Wysoka Komisja, władza ustawodawcza potrafi w legislacyjny sposób wspaniale uregulować życie obywateli. Finowie podjęli uchwałę, która delegalizuje nikotynę w 2025 r. Nie jest to jeszcze w formie ustawy, twardego prawa, ale podjęli taka uchwałę wskazując odległy dystans 15 lat. Przekazali jasny komunikat swemu społeczeństwu – to jest nasz cel.

Państwowa Inspekcja Sanitarna jest instytucją wykonawczą. Dostosujemy się do wszystkich aktów prawnych uchwalonych przez Wysoką Izbę. Chcę powiedzieć, że w ramach naszej działalności kampanie społeczne, które prowadzimy – a są 3 kampanie ogólnopolskie – docierają do milionów osób. Ubogość środków powoduje, że nasze działania są ograniczone, ale jesteśmy na finiszu oceny projektu ze środków szwajcarskich, w którym ubiegamy się o 13.500.000 zł na działania w obrębie edukacji kobiet w ciąży, ich ryzykownych zachowań – nikotyna, alkohol, narkotyki. Oznacza to, że instytucja publiczna potrafi również zdobywać pieniądze pozabudżetowe. Nie mamy wyjścia, musimy to czynić, ponieważ z powodu kłopotów w budżecie dostajemy na te działania tylko 1.000.000 zł rocznie.

Fundacja Blumberga – już po raz trzeci zdobyliśmy środki pozabudżetowe. W tym roku było to 220.000 dolarów. Mogliśmy sfinansować kampanię medialną.

Nie jesteśmy bierni. Dziękujemy za pomoc wszystkim ekspertom. Głos państwa profesorów, klinicystów, wpisuje się w evidence-based medicine – doświadczenie i podstawy naukowe w naszym działaniu. Tym się głównie kierujemy. Jeśli pojawią się dodatkowe pieniądze, to ten program od 2013 r. na pewno się zmieni. Liczymy na to bardzo i z góry za to serdecznie dziękujemy.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Zbliżamy się do konkluzji. Dziękuję panu ministrowi za te wypowiedzi. Trochę mnie to niepokoi, że pan tu przyszedł z czapką. Przecież pan ma kreować prawo, a nie przychodzić z czapką. Jak się pojawią pieniądze, to ja też potrafię je wydać. Każde – niech pan mi wierzy. Nie w tym rzecz.

Dzisiaj debatowaliśmy nad Sprawozdaniem z realizacji programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu i wyszło na to, że jest tu tyle lukru, że mi się słabo zrobiło i muszę w ostatnim zdaniu powiedzieć, że nie jest aż tak dobrze, bo Polska w dalszym ciągu należy do czołówki krajów europejskich, w których palenie tytoniu jest epidemią. Nie jesteśmy wybitnym społeczeństwem, które ma doskonałe osiągnięcia. Natomiast oczywiście jest wiele do zrobienia. Zrobiliśmy tyle, ile możemy, natomiast we wnioskach sam pan minister zawarł pewne konkluzje.

Pierwsza sprawa, to finansowanie programu. Jak pamiętam – a dość długo zasiadam w tej Izbie – nigdy nie udało się zrealizować podstawowego, priorytetowego punktu ustawy, zgodnie z którym 0,5% przeznacza się na działania związane z promocją, profilaktyką i leczeniem, jeśli chodzi o choroby odtytoniowe. Nikt nie był w stanie się do tego zbliżyć, a dzisiaj wiemy, że ten dystans zamiast się zmniejszać stale się zwiększa, ponieważ są dyrektywy Unii Europejskiej, które dokładnie mówią, jak nakładać akcyzę, i jest budżet państwa, który nie realizuje tej ustawy. Nigdy się tego nie udało zrobić. Pytanie – czy komuś to się uda? To jest pytanie do rządu, panie ministrze, bo to rząd przygotowuje budżet, a nie posłowie.

Druga sprawa. To jest kwestia, która mnie niepokoi w tym sprawozdaniu. W dalszym ciągu nie udało się nic zrobić z władzami lokalnymi, czyli z samorządami – stoją z boku, proszę państwa. Tak jak stoją z boku przy programach związanych z narkotykami, tak i przy związanych z paleniem tytoniu. Stałyby pewnie z boku również przy sprawach związanych z alkoholem, tylko że tam jest „korkowe" – i dlatego nie stoją całkiem z boku. Tu stoją z boku. Ja chylę głowę przed organizacjami pozarządowymi, również przed sanepidem, który ma niewielkie środki, ale jednak ma tę część promocji i profilaktyki zdrowotnej, i pewne sprawy, takie jak Polska Unia Onkologii, że w ogóle coś się dzieje w sprawach odtytoniowych, bo naprawdę programów rządowych nie ma. Mówię to również ze swojego punktu widzenia. To jest prawda.

Jest oczywiście pytanie, w jakim kierunku mamy doskonalić prawo, jeżeli chodzi o tytoń. Krótka uwaga do pana posła Chmielowskiego, który zaczął wątpić, czy palenie jest przyczyną POChP. Myślę, że *evidence-based* medicine, akurat jeżeli chodzi o tytoń i choroby odtytoniowe jest jednoznaczny – wiemy jak jest. Wiemy, jakie to są potężne koszty. Oczywiście nie możemy zastąpić pewnych organów, które są do tego powołane. Ja to sobie zanotowałem – mówiliśmy o prewencji. Nie widzę prewencji pierwotnej – co zrobić, żeby dziecko nie sięgało po pierwszego papierosa. Słabo to wygląda. Nie widzę jeszcze jednej rzeczy – w Polsce nie istnieje leczenie nałogu palenia tytoniu, bo to, że gdzieś jest jeden ośrodek, to o niczym nie świadczy.

Pan prof. Zatoński, którego tutaj nie ma, opublikował ostatnio pracę w „The New England Journal of Medicine", która w rankingu naukowych prac medycznych jest bardzo wysoko punktowana przez ministerstwo nauki, dotyczącą wspomagania tego leczenia przez lek, który był używany – nazywał się Tabex. I co? Ja nawet nie jestem pewien, czy Tabex jest zarejestrowany w Polsce. Chyba nie jest…

Proszę państwa, spokojnie, ja wcale nie jestem pewien, czy Tabex jest zarejestrowany w Polsce. Tabex był zarejestrowany w Polsce przed czasem harmonizacji. Nie wiem, czy po harmonizacji jest zarejestrowany, czy przeszedł harmonizację. Proszę mi wierzyć. Nie dyskutujmy – sprawdzimy to. Wiem, co mówię, i wiem, co to była sprawa harmonizacji dla leków pochodzenia roślinnego – bo Tabex jest pochodzenia roślinnego – czy Polacy, czy firmy odpowiedzialne, taką rejestrację zrobiły. To, że on jest dostępny, wiem. Natomiast, czy jest zarejestrowany i czy może być bezpiecznie stosowany, tego już nie wiem. To jest pierwsza sprawa.

Druga. Nawet gdyby był zarejestrowany, to proszę mi pokazać lekarza – a jest nas tu na sali sporo… Proszę mi powiedzieć, jak się dawkuje Tabex. To nie jest przedmiotem dyskusji, tylko mówię, że to zaniedbaliśmy, ponieważ z tego, co wiem, jest tylko jedna przychodnia przy Centrum Onkologii, która zajmuje się profesjonalnie leczeniem nałogu tytoniowego. Może jeszcze będzie po jednej w województwie. Natomiast, jeśli mówimy o kilku milionach palaczy, to jedna przychodnia, choćby nie wiem jak wydolna, nie wystarczy…

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, w odpowiedzi na pytanie – nie wiem, dlaczego wymienił pan akurat Tabex, bo jest jeszcze kilka innych preparatów.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tabex jako tani.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

To już zostawiam panu przewodniczącemu, natomiast dawkowanie – tak jest napisane w ulotce – ustala lekarz. Są to 1,5 mg tabletki w 100 sztukach. Nie jest to lek obcy lekarzom, między innymi pani poseł Alicji Dąbrowskiej, która zgłosiła sprzeciw. Prosiłbym więc…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Nie będę już pytać o Tabex. Przepraszam, niepotrzebnie się zagalopowałem.

Kończymy rozpatrywanie sprawozdania. To sprawozdanie trzeba przyjąć z rekomendacjami, które są zawarte we wnioskach. Głównie chodzi o finanse – i to jest zadanie rządu, a nie posłów. Są to dalsze kroki, które mają służyć jednemu. Wiemy jednak, panie pośle – do pana posła Chmielowskiego – tytoń jest czynnikiem ryzyka chyba najbar-

dziej medycznie zidentyfikowanym i udowodnionym, jeśli chodzi o schorzenia układu krążenia, czynnik kancerogenny, czyli przyczynę raka, i o sprawy związane z układem oddechowym. Dlatego sądzę, że wobec tej ustawy antytytoniowej powinniśmy podjąć kolejne kroki. To nie są łatwe kroki. Państwo wiedzą, że jest wielu ludzi, których trudno przekonać.

Cieszy mnie, że i Światowa Organizacja Zdrowia i Unia Europejska mają takie priorytety. My wiemy, jakie mają być następne kroki. Nie jest też tak, że łatwo się je stawia. Przypomnę, że taki krok, który polegał na unifikacji paczki papierosów, żeby nie można było grać znakiem firmowym, co takiego dobrego jest w tej paczce, spotkał się z ogromnym protestem w Australii – nie wiem, jaki jest wyrok – która pierwsza zdecydowała się to wprowadzić. Nie wiem, czy Trybunał Konstytucyjny Australii nie uznał, że wprowadzenie jednolitego opakowania papierosów nie będzie zamachem na wolność gospodarczą i promowanie marki. To nie jest proste.

Te apele są ważne. Myślę, że w tej kadencji zrobimy następny krok. Niemniej jednak oczekiwałbym teraz bardziej radykalnych działań rządu, a nie przerzucania wszystkiego na Komisję, bo my nie mamy narzędzi. Dzięki panu przewodniczącemu Przewoźniakowi, panom prof. Jassemowi, Zatońskiemu i Samolińskiemu nam się to udało. Czy drugi raz uda się powtórzyć akcję z potężną nowelizacją ustawy? Nie wiem. Wiem, że to nie jest sprawa łatwa, bo nawet w programie telewizyjnym znany dziennikarz zapalił w mojej obecności papierosa i mnie zamurowało – nie potrafiłem mu dać w pysk, za przeproszeniem. Zamurowało mnie. Nie jest to więc taka łatwa sprawa.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zgłosić jakieś wnioski do tego sprawozdania? Czy to Sprawozdanie możemy przyjąć? Proszę bardzo.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Może dwa zdania, bo pan przewodniczący mówił o metodach. Czy państwo zastanawiali się nad tym, żeby wprowadzić system, w którym pacjent, który pali, trafiający do szpitalna na tak drogie leczenie, musiałby płacić wyższą składkę ubezpieczenia? To po pierwsze.

Uważam, że tacy pacjenci trafiają do szpitali na własne życzenie. Pacjenci pijący alkohol, otyli nie z powodu chorób, ale nadmiernego jedzenia, czy palący, powodują określone skutki medyczne. Trafiają do szpitali, a leczenie kosztuje bardzo dużo. Proponuję podniesienie w takich przypadkach składek.

Poza tym, czy koncesjonowanie nie byłoby odpowiednią drogą? Myślę o paleniu przez młodzież w szkołach. Ponieważ dzisiaj papierosy są ogólnodostępne w każdym kiosku, to młodzieniec z gimnazjum idzie i kupuje. Gdyby…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie pośle, sprzedanie papierosów osobie poniżej 18 roku życia jest karane. Sądzę, że pan poseł może przygotować odpowiednią propozycję prawną. Może pan złożyć poprawki do ustawy, na przykład o świadczeniach opieki zdrowotnej, gdzie można obciążyć palaczy, otyłych, kogokolwiek, inną składką. To jest możliwe, tylko niech pan pamięta, że pan ma te narzędzia w ręce. Czekamy na propozycje.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, mam olbrzymią prośbę o pozwolenie dokończenia wypowiedzi mojemu koledze. Obiecuję, że nie będę zapalać papierosa, żeby pana przewodniczącego zamurowało.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Chciałem powiedzieć o tym, że kara dla kioskarza nie jest wysoka, natomiast koncesjonowanie i pozbawianie koncesji, czyli możliwości zarabiania na sprzedaży, byłaby adekwatną karą. Jest tylko kwestia przestrzegania przepisów, bo ja nie spotkałem się jeszcze z taką sytuacją, żeby zabierano koncesję za sprzedaż alkoholu osobom nieletnim, żeby naprawdę kontrolowano tę sprzedaż i egzekwowano kary. Jest to kwestia stworzenia prawa, ale też przestrzegania tego prawa i stosowania kar. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Myślę, że skończymy dyskusję, bo skończył się nasz czas. Każdy z posłów ma możliwość inicjatywy ustawodawczej, w związku z tym może określone przepisy wprowadzać. Bardzo liczę na odwagę i takie decyzje, jeśli będą w interesie zdrowia publicznego, Komisja Zdrowia na pewno będzie je popierać.

Nie słyszę sprzeciwu. Sądzę, że sprawozdanie zostało przyjęte. Jako że z mocy ustawy to sprawozdanie powinno być prezentowane na posiedzeniu plenarnym, proponuję, aby pan poseł Czesław Hoc, który kilkakrotnie takie sprawozdanie prezentował na forum publicznym, był naszym sprawozdawcą. Pana posła tu nie ma, ale rozmawiałem z nim i się zgodził.

Czy są inne propozycje? Nie ma. Uznajemy, że pan poseł Hoc odniesie się w imieniu Komisji do sprawozdania.

Zamykam posiedzenie Komisji.